



Facultade de Enfermaría e Podoloxía

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2012/2013

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**La salud de la mujer inmigrante durante el
embarazo. Experiencias, sensaciones y
diferencias.**

Silvia Tenreiro Rodríguez

JUNIO 2013

Directora del Trabajo de Fin de Grado. Pilar Darriba Rodríguez

ÍNDICE

1. Resumen	Pág. 5
2. Antecedentes y estado actual del tema	Pág. 7
2.1 Principales motivos y problemas en la asistencia en salud sexual y reproductiva a la mujer inmigrante	Pág. 9
2.2 Control prenatal.	Pág. 11
2.3 Barreras en el acceso al control prenatal	Pág. 13
3. Bibliografía más relevante	Pág. 16
4. Hipótesis	Pág. 17
5. Objetivos	Pág. 18
5.1 Objetivo general	Pág. 18
5.2 Objetivos específicos	Pág. 18
6. Metodología	Pág. 19
6.1 Diseño del estudio	Pág. 19
6.2 Selección de participantes	Pág. 20
6.3 Criterios de inclusión	Pág. 20
6.4 Criterios de exclusión	Pág. 20
6.5 Acceso al campo	Pág. 20
6.6 Recogida de datos	Pág. 21
6.7 Análisis de datos	Pág. 26
6.8 Limitaciones del estudio	Pág. 28
7. Plan de trabajo	Pág. 29
7.1 Fase I. Entrada al campo	Pág. 29
7.2 Fase II. Recogida de datos	Pág. 30
7.3 Fase III. Análisis	Pág. 30
7.4 Fase IV. Cierre	Pág. 31

8. Aspectos éticos	Pág. 34
9. Plan de difusión	Pág. 35
10. Plan de financiación	Pág. 38
11. Bibliografía	Pág. 40
12. ANEXO	Pág. 43
12.1 Anexo 1	Pág. 44
12.2 Anexo 2	Pág. 45
12.3 Anexo 3	Pág. 49

1. RESUMEN

Introducción

En los últimos años se está observando un incremento en el número de mujeres inmigrantes en España. Estas conforman una población joven, mayoritariamente en edad fértil. Se estima que más de la mitad se encuentra en edad reproductiva, lo que hace que sus demandas prioritarias de salud y sus necesidades socio-sanitarias estén estrechamente vinculadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad.

Objetivos

Analizar y comprender las necesidades, sensaciones y actitudes de mujeres inmigrantes, durante su embarazo, en el área sanitaria de Ferrol con la finalidad de plantear posibles áreas de mejora.

Metodología

Se empleará metodología cualitativa realizando entrevistas en profundidad para la recogida de datos. Así conociendo las vivencias de dichas mujeres podremos elaborar una serie de propuestas de intervención para mejorar la atención sanitaria y los cuidados que se ofrecen a este colectivo poblacional, si hubiera.

Palabras clave

Salud reproductiva/ Mujeres inmigrantes/ Embarazo/ Comunicación intercultural/ Atención sanitaria/ Enfermería.

Introduction

In recent years it is observing an increase in the number of women immigrants in Spain. These make up a young population, mainly in fertile age. It is estimated that more than half is in reproductive age, which makes their priority demands of health and socio-health needs are closely linked to all aspects related to reproduction and motherhood.

Objectives

Analyze and understand the needs, feelings, and attitudes of women immigrants, during her pregnancy, en el Área sanitaria de Ferrol in order to consider possible areas for improvement.

Methodology

Conducting interviews in depth for the collection of data, will be used qualitative methodology. So knowing the experiences of these women we can draw up a series of proposals for intervention to improve health care and the care provided to this group of the population, if any

Key words

Reproductive health/ women immigrants/ pregnancy/ intercultural communication / health care / nursing.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La actual legislación de Extranjería en España¹, en concreto el artículo 12 referente al acceso a la sanidad pública de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, regula que:

“Todos los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”

Según la citada norma el único requisito es encontrarse inscrito en el padrón del municipio en el que se reside habitualmente. Por otra parte, todos los extranjeros que se encuentren en España, estén en situación administrativa regular o irregular, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. En este artículo se especifica también que todas las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto y a los cuidados en salud del recién nacido.

En los últimos años se ha producido un importante incremento de la población inmigrante residente en España. En los inicios del fenómeno migratorio emigraban hombres solos, en la actualidad está aumentando el número de mujeres que emigran, bien como consecuencia de la reagrupación familiar o con proyectos migratorios propios. Según el Padrón de habitantes², a 1 de enero de 2013 la población extranjera residente en España es de 5.520.133, lo que supone un porcentaje del 11,6% sobre la población total de España, de las cuales el 47% son mujeres.

Al igual que otros fenómenos sociales, las migraciones también están atravesadas por las desigualdades existentes entre ambos sexos³. Aunque actualmente en España la población inmigrante femenina representa una proporción similar a la masculina, la visibilidad social de estas mujeres es inferior a las de ellos⁴. Las investigaciones sobre

migraciones, así como las políticas de integración, con frecuencia olvidan que también existen mujeres inmigrantes⁵.

Es una realidad que en los servicios socio-sanitarios españoles, la atención a mujeres extranjeras embarazadas y parturientas ha aumentado y variado en el paso de los últimos años. Mientras que en la población autóctona destacan las especialidades médicas y quirúrgicas, la más visitada por la población inmigrante es la obstétrica-ginecológica, que constituye el mayor motivo de hospitalización en este colectivo⁶.

La situación sanitaria de estas mujeres no es debida simplemente a su situación de inmigrantes, sino a las condiciones socio-económicas que padecen, a veces rozando la precariedad y la marginalidad. Se admite, así mismo, que la cultura por un lado, y la situación social de la mujer por otro, junto a factores estructurales y sanitarios de origen, juegan un papel importante en la forma de entender los fenómenos asociados a la reproducción y a la maternidad. Por tanto, a la hora de abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes, es preciso tomar en cuenta la influencia que pueden estar ejerciendo tres factores^{4, 5}.

- Las desigualdades en salud basadas en cuestiones de tipo socio-económico, que afectarían igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo de exclusión social.
- Las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino.
- La situación socio-cultural y sanitaria existente en el país de origen, que va a influir en la aceptación de los patrones sanitarios vigentes en el entorno de recepción.

Los aspectos culturales son especialmente importantes en el caso de todos los fenómenos asociados a la reproducción. La fecundidad y la maternidad no son fenómenos demográficos y biológicos, si no también simbólicos, cuyo sentido es producido y reproducido en un determinado contexto, estando cargados de significado socio-culturales. Cada

sociedad contempla los fenómenos asociados a la reproducción de modo diferente según sus patrones culturales vigentes, el sistema político, factores socio-económicos, la organización social, etc⁶.

El colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo: al igual que sucede con otros aspectos de integración socio-cultural, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socio-laborales, nivel educativo, social, características culturales, etc. También hay que tener en cuenta que algunos de esos cambios ya se han iniciado en el país de origen⁷.

Evidentemente, las mujeres inmigrantes procedentes de países con menor grado de desarrollo económico, obtienen considerables mejoras en la calidad y en el acceso a la asistencia sanitaria en España, viendo disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus lugares de procedencia. Sin embargo, esto no impide que durante la atención sanitaria en nuestro medio manifiesten contradicciones respecto a las concepciones socio-culturales interiorizadas desde origen, situación que puede agravarse por determinadas actitudes de incomprensión de los profesionales sanitarios que les atiende⁸.

Existen numerosos estudios sobre las vivencias de estas mujeres durante su periodo de embarazo, siendo los más destacables Fabre⁶, García⁵, Moreno⁹ o Grande⁴.

2.1 Principales motivos y problemas en la asistencia en salud sexual y reproductiva a la mujer inmigrante

El abordaje de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes resulta fundamental en nuestro medio según Fabre⁶:

“Dado que conforman una población joven, encontrándose la mayoría (entre el 60% y 80%) en edad reproductora o fértil, lo que hace que sus demandas prioritarias de salud y sus necesidades

socio-sanitarias estén estrechamente relacionadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad”.

Una encuesta⁶ realizada en nuestro país a principios de 2010 a ginecólogos/as y médicos/as sobre los principales problemas con los que se encontraban en la asistencia sanitaria a la mujer inmigrante (Estudio Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria, MIAS) da idea de algunas de las peculiaridades culturales que en el terreno de la salud reproductiva (sexualidad, anticoncepción y aborto e infertilidad) presentan las mujeres inmigrantes en nuestro país.

En opinión de los encuestados tras el embarazo, los problemas ginecológicos en la mujer fértil, la anticoncepción, el aborto y los problemas de esterilidad son los motivos de consulta al profesional sanitario más frecuentes, por encima de otras como las patologías uroginecológicas o la menopausia.

Según Gentil⁷, la alta fecundidad en origen decrece con el paso del tiempo dentro del contexto migratorio, con un número de hijos por matrimonio inferior a la media de las parejas en sus países de origen, situación que se atribuye a cambios en los patrones de nupcialidad y un mayor control de los nacimientos con métodos anticonceptivos fiables. También se debe considerar que las condiciones económicas y laborales de este colectivo no les permiten tener un mayor número de hijos y que los primeros pasos en la integración se producen en los ámbitos del comportamiento social y de los hábitos de consumo.

De este modo, independientemente de la procedencia de las mujeres, en el contexto migratorio se producen cambios en los patrones reproductivos, en cuanto a la paridad y la edad a la que acceden a la maternidad, marcando rupturas importantes con respecto al patrón reproductivo existente en sus sociedades de origen¹⁰.

El estudio de García⁵ indica que los cambios en los modelos reproductivos se explican en función del cambio de circunstancias socio-

económicas, culturales y religiosas en el contexto migratorio, que no favorece la imitación del patrón reproductivo en el contexto migratorio, que no favorece la imitación del patrón reproductivo que habían tenido sus madres o tienen las compatriotas que viven en el país de origen:

- Incorporación de la mujer inmigrante, venga sola o reagrupada, al mercado de trabajo.
- Elevado coste económico que supone criar a los hijos en España.
- Falta de redes familiares y sociales que cuiden de los hijos y carencia de guarderías públicas o subvencionadas.
- Cambio de valores y priorización de las necesidades personales, laborales, de formación e independencia, a la maternidad y la crianza de los hijos.

2.2 Control prenatal

Un aspecto central en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes es la atención al embarazo. Los estudios epidemiológicos, como el de Llace Gil de Ramales¹¹, constatan que los programas de atención prenatal, consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto.

Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica, así como el fomento de la lactancia materna^{5, 12}.

Las embarazadas inmigrantes suelen ser mujeres sanas que no sufren en general patologías distintas a las españolas, pero no empeoran su nivel de salud por falta de acceso a los servicios sanitarios⁶. Son cinco años más jóvenes de media, fuman menos y tienen menos problemas de sobrepeso. Presentan mayor vulnerabilidad a la infección VIH, mayor

riesgo de violencia de género y múltiples barreras socioculturales y económicas¹³.

El diagnóstico tardío de la gestación, la demanda de interrupción voluntaria del embarazo y el embarazo no deseado son las situaciones que se encuentran con una mayor frecuencia en la práctica clínica, con una proporción superior a la habitualmente registrada en las mujeres autóctonas^{8, 14}.

La Organización Mundial de la Salud¹⁵ (OMS) indica que:

- “La mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles, y al hecho de recibir una atención al parto adecuada”.

El establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención prenatal en nuestro medio, ha permitido que se alcancen unos niveles de calidad, que en términos de morbi-mortalidad infantil y materna nos sitúan en los niveles más desarrollados de nuestro entorno^{6, 16}.

La falta de control prenatal afecta a todos los grupos de mujeres inmigrantes. Estas mujeres se encuentran con obstáculos en la atención, incidiendo situaciones que afectan de distinta manera, independientemente de su país de origen, de su nivel educativo o de su grado de emancipación. De este modo, la mayoría presenta dificultades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, beneficiándose en menos medida que las autóctonas de los recursos sanitarios existentes en nuestro medio⁶.

Las clases de educación maternal constituyen un espacio que favorece tanto las actividades de promoción de la salud, como las relaciones interculturales y la integración social de estas mujeres. Sin embargo, la asistencia a estas sesiones es anecdótica en el caso de las mujeres inmigrantes, aunque depende mucho de las estrategias de captación que

se lleven a cabo los respectivos centros de salud: información adecuada, presencia de mediadoras interculturales durante las sesiones, etc¹⁷.

2.3 Barreras en el acceso al control prenatal

¿Cuáles son las razones que dificultan el acceso al control prenatal? ¿qué factores están influyendo en el menor uso de los servicios de salud durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras (administrativas, lingüísticas, culturales y socio-laboral) que el colectivo inmigrante en general; sin embargo, en las mujeres se añaden particularidades culturales y de género. El estudio de Fabre⁶ destinado a conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios durante la gestación por parte de las mujeres inmigrante, en comparación con las autóctonas, analizó los factores que mediaban en la forma de usar esos servicios:

- Situación administrativa en España: A pesar del derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras durante el embarazo y parto, la irregularidad administrativa condiciona negativamente el acceso.
- Tipo de pareja: Las mujeres extranjeras emparejadas con varones españoles, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, tienen mejores tasas de control que aquéllas cuya pareja es también inmigrante.
- Lugar de residencia: La ubicación de la vivienda influye en el control prenatal. Las mujeres residentes en casas- cortijo diseminados, aisladas social y vecinalmente, acceden más tardíamente y tiene un menor grado de control que aquéllas que viven en la ciudad o en los pueblos dotados de servicio.
- Desconocimiento del derecho a la prestación sanitaria y de la red asistencial: Sobre todo cuando son recién llegadas y no tienen redes que les informen, desconocen el derecho a las prestaciones sanitarias.

- Tiempo de residencia en España. En general, a mayor tiempo de residencia en España y mayor estabilidad laboral, administrativa y económica, existe mayor posibilidad de acudir de forma normalizada a los servicios sanitarios.
- Motivos socio-laborales: En el caso concreto de las mujeres embarazadas en situación administrativa irregular, incluso pueden llegar a ocultar el embarazo por miedo a perder el empleo, situación que dificulta el control prenatal.
- Barreras lingüísticas relacionadas con el idioma. Los problemas derivados de la comunicación constituyen la mayor dificultad en la atención sanitaria a este colectivo que imposibilitan, sobre todo, la explicación de determinadas pruebas diagnósticas que requieren una información detallada y el consentimiento de la embarazada, tales como las analíticas de screening prenatal, la amniocentesis y la analgesia epidural.
- Cuestiones de género. Las desigualdades de género dificultan el acceso a los recursos sanitarios, constituyendo una barrera específica de las mujeres inmigrantes.
- Pautas estructurales y culturales de origen. Las creencias y la información que tienen las mujeres sobre el proceso gestacional condicionan una actitud distinta ante la necesidad del cuidado prenatal, percepción influenciada por la forma de tratar la salud en el país de origen.
- Cuestiones religiosas. Los motivos religiosos, puede interferir en los controles prenatales y en la asunción de determinadas cuidados durante el embarazo, existiendo dificultades para realizar determinadas pruebas diagnósticas y procedimientos estandarizados.
- Necesidades percibidas diferentes. Desde los círculos sanitarios se insiste en la importancia de los controles de embarazo. Sin embargo, en

muchos casos las mujeres inmigradas, que son jóvenes y se sienten sanas, no sienten la necesidad de usar los servicios de salud tal y como hacemos las autóctonas, que en ocasiones establecemos una relación de excesiva dependencia.

- Percepción de los servicios. Las experiencias, tanto positivas como negativas, que tienen los usuarios acerca de los servicios sanitarios, influyen en su utilización, de modo que dejan de acudir si perciben que no se les trata adecuadamente. Sin embargo, las mujeres inmigrantes se sienten bien atendidas por los servicios de salud españoles, valorándolos muy positivamente.

Resumiendo^{6,12, 14}, las barreras en la accesibilidad están en relación, tanto con las condiciones de vida como la cultura de origen, que, aunque importante, no debe ser tomada en cuenta por factor totalizador y homogénea, dado que se produce una gran gama de diferencias entre mujeres oriundas de la misma zona geográfica y de la misma cultura.

La buena atención en el embarazo y el parto es fundamental en su asistencia sanitaria, porque además sirve para amortiguar los efectos negativos de otras privaciones y frustraciones psicosociales. Para conseguir una buena asistencia a la mujer inmigrante, los hospitales modernos tienen que adaptar sus servicios de medicina materno-fetal a la diversidad de las nuevas pacientes, con información específica de cada cultura⁹.

Las previsiones apuntan a que las madres inmigrantes continuarán aumentando gradualmente a lo largo de los próximos años ya que buena parte de sus familias se asentarán de forma permanente en nuestro país¹⁸.

3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

Previo a la realización del proyecto, se recolecta información en artículos publicados desde el año 2000 en las siguientes bases de datos:

BASE DE DATOS	PALABRA CLAVE	BIBLIOGRAFÍA
Cuiden	“salud And reproducción” And “mujeres And inmigrantes”	(11)
	Enfermería And “mujer And inmigrante”	(10) (15) (28)
	“mujer And inmigrante And embarazada”	(17)
Pubmed	Immigrant To maternity	(12) (13)
Dialnet plus	Inmigración And fecundidad	(18)
	Maternidad And Inmigración	(14) (16) (24)
Scholar	salud And “mujeres And inmigrantes And embarazo”	(3)
	“Atención sanitaria And inmigración” Or “Salud And inmigración”	(5) (6)

Tabla I. Bibliografía más relevante. Bases de datos

También se ha empleado artículos adquiridos de revistas tales como:

REVISTAS	Bibliografía
Metas de Enfermería	(20)
Cuidados Culturales	(4) (7) (8)

Tabla II. Bibliografía más relevante. Artículo de Revistas

Así como el uso de la tesis de “Cuidado del otro” de Moreno⁹

4. HIPÓTESIS

Diversos estudios realizados tanto en España como en otros países de Europa Occidental receptores de inmigración, coinciden en señalar que las embarazadas inmigrantes presentan un déficit de atención prenatal, haciendo una menor utilización de los servicios preventivos tanto atención primaria como especializada durante el embarazo, con una menor utilización de los servicios de preparación al parto, consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas que las mujeres autóctonas, realizando un menor número de pruebas complementarias⁴.

Las mujeres inmigrantes residentes en España, siendo la mayoría jóvenes, presentan unas necesidades específicas en relación, en gran medida con la salud reproductiva, sobre todo durante su embarazo. Este incremento de población provoca una adaptación tanto de estas mujeres a nuestro servicio sanitario como del personal a ellas⁹.

Dado el incremento de población extranjera en el área de Ferrol, especialmente mujeres jóvenes de origen latinoamericana, asiática y marroquí en edad fértil y el aumento de la atención a estas mujeres (siendo la especialidad obstétrica-ginecológica la más visitada por esta población¹⁹) este estudio trata de conocer si esta adaptación se está realizando de manera correcta o sin embargo, existen dificultades, tanto en el trato como en la comunicación enfermera-paciente, visto desde el punto de vista del paciente.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Analizar y comprender las necesidades, sensaciones y actitudes de mujeres inmigrantes, durante su embarazo, en el área sanitaria de Ferrol con la finalidad de plantear posibles áreas de mejora.

5.2 Objetivos específicos

- Conocer cómo valoran la atención sanitaria recibida las mujeres inmigrantes durante su embarazo.
- Analizar la percepción que tienen las mujeres inmigrantes sobre el respecto de sus creencias y tradiciones, por parte del personal de enfermería
- Comprender las dificultades en el seguimiento de los controles de embarazo por parte de estas mujeres.
- Valorar las principales barreras que tienen en el acceso normalizado a los servicios.
- Proporcionar claves que mejoren las actuaciones de enfermería con el fin de conseguir mayor eficacia en las mismas.

6. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos propuestos se empleará la metodología cualitativa, ya que según De la Cuesta²⁰:

- “El método cualitativo resulta el más adecuado para entrar en el nivel de los discursos o significados logrando una comprensión más profunda y rica de los fenómenos, una comprensión que tiene en cuenta las circunstancias de los participantes y la cultura”.

6.1 Diseño del estudio

Para estudiar esta situación se empleará el método cualitativo, ya que aportará de forma detallada descripciones de las personas y de las situaciones, tanto en sus interacciones como en el comportamiento observable, según dice Taylor y Bogdam²¹:

“Incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe”

La estrategia utilizada será el estudio de campo. Rodríguez y Gil²² lo definen como una actividad en la que:

“El investigador realiza el estudio en el lugar donde sucede el fenómeno por investigar, teniendo un estricto control de las variables. Cualquier método que se utilice tiene un marcado carácter instrumental, pues se encuentra al servicio de los interrogantes o cuestiones que se han planteado en la investigación”.

6.2 Selección de participantes

Las participantes del estudio serán mujeres embarazadas inmigrantes pertenecientes al Área Sanitaria de Ferrol, en especial, en los Centros de Salud (C.S) de Narón, Fene o Fontela Maristany (Ferrol).

6.3 Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años.
- Nacionalidad extranjera.
- Que entiendan y sepan comunicarse en lenguaje español.
- Que estén entre el quinto o sexto mes de embarazo.
- Que acudan a consulta en cualquier Centro de Salud del Área Sanitaria de Ferrol.
- Que posean plena capacidad para entender y comprender la información.
- Que sean alfabetizadas.
- La participación será voluntaria.

6.4 Criterio de exclusión

- Las participantes no quieran participar en el estudio.
- No cumplan alguno de los criterios de inclusión

6.5 Acceso al campo

Antes de iniciar cualquier tipo de estudio hay que acceder al campo, es decir, el proceso por el que el investigador va alcanzando

progresivamente la información fundamental para su estudio²⁰. El momento más difícil de todo trabajo de investigación es poner el pie por primera vez en el campo y saber qué hacer en ese momento.

A la hora de comenzar el estudio y antes de conocer la muestra, se establecerá contacto con aquellas personas que faciliten una cercanía a las participantes. En primer lugar, se deberá pedir permiso al Coordinador del C.S para poder realizar el estudio en la propia institución y poder acceder a las participantes. Este permiso es importante, ya que su denegación impide realizar el estudio en el C.S deseado⁶.

En segundo lugar, es preciso establecer contacto con una persona que nos pueda facilitar la búsqueda y la cercanía con la población de estudio. Esta persona, será la matrona del C.S⁹.

Para ello, se contactará con la matrona mediante llamada telefónica o correo electrónico, para concretar una entrevista personal y comentarle el estudio pidiéndole su colaboración explicándole que se quiere hacer, que se busca y para qué.

Lo que se pretende conseguir es que las matronas hablen previamente con aquellas personas que cumplan los criterios, para comentarles el estudio, con la finalidad de captar posibles informantes participantes.

Una vez que acepten, se planificará una cita con cada participante individualmente y sin interferencias.

6.6 Recogida de datos

El método que se empleará para la recogida de datos será mediante entrevistas personales y en profundidad²³.

Según Taylor²¹:

- “La entrevista se define en general como un dialogo, como un proceso de comunicación porque se basa en una relación interpersonal, programada, no en un mero encuentro formal”

El tipo de entrevista que se desarrollará será abierta, partiendo de un guion previo pero abierto, es decir, podrá sufrir diferentes modificaciones a lo largo del estudio²¹.

En un primer contacto, se intentará crear un ambiente cómodo y relajado. Se iniciará con una presentación del investigador, explicación del estudio que se va a realizar y se le solicitará su consentimiento que deberá leer y firmar. **(Anexo II)**

La entrevista a las participantes será continuada en el tiempo, realizando una primera entrevista en el 5º mes de embarazo, para establecer y crear un clima de confianza útil para las siguientes entrevistas donde se pretende conseguir la información más veraz. Se realizarán a los 5, 6, 7 y 8 meses del embarazo.

Se intentará realizar al menos cuatro, con una duración entre treinta a sesenta minutos. Si una paciente no desea continuar después de la 1ª entrevista, se les solicitará su autorización escrita para utilizar los datos obtenidos hasta el momento.

En la entrevista que se realice se busca una saturación en las respuestas, esto se entiende cómo aquella situación donde el investigador ya no encuentra datos adicionales para desarrollar el contenido de una categoría. De la Cuesta²⁰ emplea el término “saturación teórica” para:

- “Aludir al momento del proceso de trabajo de campo en el que los datos comienzan a repetirse y no se logran nuevos hallazgos importantes. Para el investigador, este es el momento de dejar el trabajo de campo”.

Es muy importante planificar bien el inicio de la entrevista ya que de ello dependerá, en parte, el desarrollo de la misma⁹. Es primordial saludar, presentarse y explicar que se pretende conseguir con el estudio de investigación, brevemente, así como pedir autorización para grabar la entrevista. En caso de que el informante no desee que se grabe su entrevista se utilizará bloc de notas o se anotará los datos obtenidos al finalizar la entrevista. También es relevante plantear los motivos o intenciones del investigador/a y asegurar el anonimato del entrevistado/a.

La entrevista debe desarrollarse en un ambiente agradable de forma que comience a hablar sobre el tema objeto de estudio, pero desde lo que él considera importante: sus significados, perspectivas, sus sensaciones, sus sentimientos, etc; el modo en que ellos ven el fenómeno estudiado¹. De ahí que sea importante comenzar formulando una pregunta no directa que permita que el informante comience a hablar sobre el tema a estudio para ir avanzando hacia temas más difíciles o delicados, lo que se intentará conseguir en las entrevistas sucesivas⁹.

Para el desarrollo de la entrevista, se partirá de un guion que dirigirá a la persona acerca de unas cuestiones u otras, ya que no todo el mundo actuará de la misma manera²⁴. Estas cuestiones constituirán las variables o los temas a tratar.

La entrevista comenzará con la siguiente pregunta:

- ***¿Desde el inicio del embarazo tuvo algún problema para acceder a los servicios sanitarios?***

Formulada la pregunta los temas que se intentarán tratar son:

- **Datos generales.**
 - Edad, nacionalidad, Años de residencia en España, Estado civil, Familiar cercano, Nivel laboral.

- **Accesibilidad a los servicios.**
 - Problemas en el uso de los servicios sanitarios.
- **Trato con el personal.**
 - Trato discriminatorio.
 - Respeto por sus creencias.
 - Necesidad de personal femenino.
 - Relación con el personal sanitario.
 - Falta de comunicación.
 - Entendimiento de todos los cuidados ofrecidos.
 - Diferencias con su país de origen.
- **Seguimiento del embarazo.**
 - Actuación en su país al quedarse embarazada.
 - Conocimiento del embarazo.
 - Actividades durante el embarazo.
 - Asistencias a los controles prenatales.
 - Clases de preparación al parto.
 - Aspectos prioritarios al embarazo.
 - Diferencias con respecto a su país de origen en el trato del embarazo.
- **Seguimiento del parto.**
 - Preparación del parto.
 - Preferencias acerca del lugar del parto.

- Uso de anestesia
- Costumbres acerca del desarrollo del parto.
- Lactancia materna.
- **Presencia familiar.**
 - Se encuentra algún familiar con ella.
 - Con quien acude a las consultas.
 - Pareja estable.
 - En el caso de tener pareja, le acompaña a las consultas.
- **Interrupción del embarazo.**
 - Uso de métodos anticonceptivos. A favor o en contra.
 - Método popular de interrupción del embarazo.
 - Creencias en su país acerca del IVE.
- **Importancia de la mujer.**
 - Valoración de sí misma.
 - Qué importancia le da a la mujer en su país.
 - Considera que tiene más libertad en este país.
- **Creencias culturales.**
 - Método tradicional para conocer sexo del feto.
 - Significado del acto sexual.

Durante la entrevista, se intentará seguir el guion previo, pero puede ocurrir que en algunas ocasiones surjan conversaciones espontáneas sobre experiencias vividas que nos puedan ser útiles. Aunque no

deberían ser demasiado extensas. En este caso se intentará llevar de nuevo la conversación hacia el tema de estudio.

6.7 Análisis de datos

Realizadas las entrevistas, se comenzará con la codificación de los datos, es decir la ordenación y análisis de esta información⁹. Para ello se elaborará una guía de categorías de análisis para la clasificación de los datos obtenidos en el Diario de campo.

Los núcleos temáticos a estudiar son:

- Acceso al sistema sanitario.
- Trato recibido por el personal de Enfermería.
- Respeto a las costumbres y tradiciones en torno al proceso de embarazo.
- Seguimiento por parte de la paciente de control de embarazo.
- Sentimiento de haber sido objeto de conductas discriminatorias por parte de los profesionales de Enfermería.
- Respeto, por parte de los profesionales de Enfermería de las costumbres y tradiciones de las pacientes, desde la perspectiva de la informante.

Los temas a estudiar pueden variar durante la investigación que se añadirán o eliminarán según las necesidades, dado que un estudio cualitativo es continuo y adaptable.

Los datos se recogerán en un cuadernillo de bolsillo que se llevará siempre, encima y que posteriormente se volcará en el Diario. Si las circunstancias lo permiten, se llevará consigo una grabadora de bolsillo que ejerce la misma función que el cuaderno⁹.

Para el Diario de Campo se empleará un soporte informático, mediante el procesador de textos Word. En este diseño se dividirán en dos columnas con un encabezado.

En el encabezado se pondrá la fecha de la entrevista, el lugar donde se realizará, el número de la entrevista más el nombre en clave del entrevistado.

En la columna de la derecha se describirá todo lo recogido ese día con el cuaderno o grabadora. En el siguiente bloque se realizará la clasificación de la categoría a la que pertenece esos datos para facilitar su posterior análisis.

El diseño del Diario de Campo es el siguiente

Fecha		Nº de entrevista	
Lugar		Participante	
Desarrollo		Categoría de Análisis	

Tabla III- Diario de Campo

Registrados los datos el Diario de Campo se comenzará con el análisis de éstos. En primer lugar, se iniciará con una nueva lectura de los datos para ordenarlos de manera cronológica y por temática. Esta última se realizará mediante la elaboración de núcleos temáticos²⁵.

Estos se formarán a partir de similitudes de los temas formados en la categoría de análisis. Categorizados los datos en los nuevos grupos

temáticos se comenzará comparando aquellos datos de los que se ha alcanzado una saturación.

Conseguidos los resultados, estos se emplearán para el desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas.

6.8 Limitaciones del estudio

- Diferencias idiomáticas y culturales.
- El entorno dónde se desarrollará la entrevista, ya que en un primer momento puede condicionar las respuestas.

7. PLAN DE TRABAJO

Otro componente del diseño o anteproyecto de investigación es el Cronograma de Actividades, también llamado Gráfico de Gantt²⁷, en el cual se plasman y distribuyen en el tiempo, las actividades claves que requerirá el proceso de investigación.

El estudio dará comienzo el mes de Septiembre del 2013 y estará dividido en cinco fases, las cuales son:

7.1 Fase I. Entrada al campo:

Se comenzará en Septiembre y finalizará en el mes de Diciembre y consta de:

- Previo al planteamiento del estudio, se realizará una fase de recopilación de información sobre enfermería transcultural, mujeres inmigrantes, salud reproductiva de las mujeres inmigrantes. La búsqueda bibliográfica se continuará a lo largo del estudio para recolectar toda la información posible según sea precisa.
- Finalizada la búsqueda bibliográfica, se un listado de los temas de los que se quieran obtener información en las entrevistas, sirviendo a su vez de borrador previo a un posible guion.
- Realizada la revisión bibliográfica, se comenzará con la búsqueda de aquellas personas que puedan ayudar en el contacto con participantes, así como la búsqueda de asociaciones o blogs que puedan ayudar en el estudio, contactando con las matronas de los C.S.
- A continuación, se convoca una reunión con los profesionales implicados de los centros seleccionados, es decir, las matronas, a las que se les informará verbalmente de las características del proyecto, sus objetivos y se solicitará su colaboración.
- Se informará de la realización del estudio y se solicitará permiso al Comité ético de Investigación clínica (C.E.I.C)

- Una vez conseguido su colaboración, se iniciará un primer contacto con las participantes, presentándole el estudio y cuál es su finalidad. En este momento, se aclararán dudas y se les dará el consentimiento para su firma. Este periodo durará un periodo de dos meses.

7.2 Fase II. Recogida de datos

La siguiente etapa se desarrollará en un tiempo de cinco meses, tiempo empleado para:

- Organizar un calendario de entrevistas con las mujeres implicadas en el estudio. En la primera entrevista se realizará en el propio centro de salud y comenzará con la presentación del investigador. Las sucesivas entrevistas se desarrollarán en lugares previamente establecidos, según el calendario previamente acordado, durante los cuatro meses de estudio.

7.3 Fase III. Análisis.

Este periodo se realizará a la vez que la fase dos y durará un periodo de seis meses en los que se incluye:

- Después de realizar las entrevistas, se describirá su desarrollo, así como los datos más destacables obtenidos en el Diario de Campo, a la vez que se clasifica cada dato dentro de la categoría de análisis.
- Lectura de los datos obtenidos organizados de manera cronológica y temáticamente.
- Búsqueda de los temas emergentes y establecimiento de categorías y núcleos temáticos.

- Análisis de todos los datos obtenidos, observando aquellos en los que se ha alcanzado la saturación.
- Obtención de los resultados más la formulación de las posibles conclusiones.

7.4 Fase IV. Cierre:

Durará un periodo de dos meses y consta de:

- El primer mes estará dedicado a la elaboración de un informe detallado del estudio.
- Se redactará al menos un artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas.

Fases	Acciones	2013				2014						
		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Fase I: Entrada al campo	Búsqueda bibliográfica											
	Planteamiento del estudio											
	Contactos (matronas, asociaciones, blogs, etc) y participantes.											
	Permiso al CEIC											
	1ª cita: Explicación del proyecto y averiguar si participan											
Fase II: Recogida de datos	Entrevistas en profundidad											
Fase III: Análisis	Procesamiento de datos recogidos en la entrevista											
	Análisis de los datos recogidos durante la entrevista											
Cierre	Elaboración del informe											
	Difusión de la información											

Tabla IV. Cronograma de actividades

8. ASPECTOS ÉTICOS

Previamente a la realización del estudio se presentará el proyecto de investigación a la Comisión de Investigación y al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. Los documentos deben ser aprobados por dicho organismo para la realización de la evaluación. En ellos se adjunta la “el Consentimiento Informado (**Anexo II**) y la Hoja de Información al Paciente (**Anexo III**)” que incluye un apartado sobre la privacidad y la confidencialidad tal y como establece la ley 15/999 de 13 de diciembre (Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal)²⁷.

Además de una serie de criterios metodológicos que se pueden aplicar en la investigación, es preciso considerar un conjunto de compromisos éticos que han de estar presentes durante todo el proceso. Estos son los siguientes²⁸:

- Confidencialidad. Se respetará siempre el anonimato de las personas implicadas, participando en el estudio, los hechos y las circunstancias que rodeaban la investigación. En las entrevistas se deberá guardar el anonimato de las participantes. Para ello se emplearán claves mediante letras y dígitos para los nombres de las participantes, es decir, si la mujer es colombiana se le denominará C y si hay varias de una misma nacionalidad se le incluirá un dígito al lado de la consonante para numerarlas, estableciendo códigos previamente.
- Transparencia. La información y todos los análisis y valoraciones que se puedan estarán a disposición de los participantes, poniéndolos en común a ellos.
- Confianza y respeto mutuo. El investigador se ganará poco a poco esta condición con las participantes para conseguir un desarrollo positivo de la investigación.

9. PLAN DE DIFUSIÓN

Las conclusiones de este estudio se intentarán transmitir a la mayor parte de la población. Para ello la elaboración de un buen plan de difusión al ámbito científico es fundamental.

Una de las maneras será a través las revistas de Enfermería que tengan mayor transcendencia dentro del medio científico.

Para la elección de las revistas a las que se quiere presentar el estudio se tendrá en cuenta, además de la temática y del colectivo a la que van dirigidas, el factor de impacto²⁹.

- “El FI intenta medir la repercusión que ha obtenido una revista en la comunidad científica. Es un instrumento utilizado para comparar revistas y evaluar la importancia relativa de una revista concreta dentro de un mismo campo científico. El factor de impacto de una revista es el número de veces que se cita por término medio un artículo publicado en dicha revista. Estos artículos corresponden a los dos últimos años”.

Las principales herramientas para conocer el factor de impacto de una revista son:

- ISI Journal Citations Reports (JCR).
- SCImago Journal Rank (SJR).
- Souce Normalized Impact per Paper (SNIP).
- Science

Sin embargo, en el JCR las publicaciones científicas de enfermería son especialmente anglosajonas, por tanto las revistas españolas no están incluidas en dichos índices. Por lo que, para conocer el impacto de las revistas españolas se utilizará CUIDEN, quien tiene rankings propios para conocer las revistas más relevantes que están indexadas en sus bases de datos. Se encuentran ordenadas según la Repercusión Inmediata Cuiden (RIC)

Para la difusión del estudio se elegirán las siguientes revistas con la finalidad de intentar su publicación. Se escogen dado que son dedicadas a las Ciencias de la Salud y además, a su gran factor de impacto:

REVISTA	RIC	SJR	JCR
Journal transcultural Cares	---	0.418	0.933
Rol enfermería	0.3	--	--
Cultura cuidados	0.375	--	--
Enfermería clínica	0.4079	0.145	--
Index enfermería	1.9388	0.100	--

Además, se podría presentar el estudio a diferentes congresos del ámbito de las Ciencias de la Salud.

En primer lugar, el estudio se presentaría a estos congresos ya que abarcan cuidados socioculturales, referenciados a la Enfermería.

- **Jornadas internacionales de cultura de los cuidados.**
- **Congreso Nacional de Enfermería.**
- **Congreso Internacional de Educación Intercultural "Educación y salud: una mirada transcultural".**

En segundo, el motivo principal para presentar este estudio, en los siguientes congresos, es debido, a que el estudio va dirigido sobre todo a los cuidados que ofrecen las matronas, siendo relevante el tema a tratar para una posible mejora de estos cuidados.

- **Congreso de Asociación Navarra de Matronas y Federación de Asociaciones de Matronas de España.**
- **Congreso nacional de la Asociación española de Matronas.**

10. PLAN DE FINANCIACIÓN

10.1 Recursos necesarios:

10.1.1 Infraestructura:

La primera entrevista con las participantes se desarrollará en los C.S de Fontela Maristany, C.S de Fene y C.S de Narón. En las sucesivas se escogerán lugares previamente establecidos entre participantes e investigadora.

10.1.2 Recursos humanos

Además del trabajo del investigador, intervendrán los participantes necesarios para la realización del estudio, es decir, los entrevistados

Asimismo, se necesitará la colaboración de las matronas de los Centros de Salud para que den a conocer el estudio que se llevará a cabo a las personas que consideren dentro del perfil que buscamos, previamente definido.

Tanto el investigador como el personal participante del C.S no tendrán una remuneración económica.

10.1.3 Material utilizado

- Grabadora de voz digital: 45€
- Bolígrafo Bic de cuatro colores: 2.59€
- 5 Libretas para hacer anotaciones: 4.50€ Precio unitario: 1.50€
- Ordenador personal de gama media: 575 €

- 120 Botellas de agua de 75cl. 22.80€ Precio unitario: 0,19ctms. (En las entrevistas será entregado un botellín de agua a cada participante).

10.2 Fuentes de financiación:

De los gastos que se den en la investigación, se hará cargo el investigador principal. No obtendrá ninguna compensación por parte de administraciones públicas o privadas.

11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 544, (12 de enero de 2000).
- (2) Ine.com. Instituto Nacional de estadística [sede web]. Madrid: Ine.com; 2001 [Actualizada el 31 de Diciembre del 2012; acceso el 24 de abril del 2013]. Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=Page&cid=1254735905566&p=1254735905566&pagename=INE%2FINELayout
- (3) Pérez F, Peralta I, García I. Estudio psicológico y emocional. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato [Monografía en Internet] Granada: Universidad de Granada; 2011 [acceso el 22 de febrero del 2013]. Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/21628/1/20761181.pdf>
- (4) Grande ML, Linares M, Álvarez C, Pastor G. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. Cul Cuid. 2011; (30): 45 – 51.
- (5) García R, coordinador. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: Guía para profesionales de la salud [Monografía en internet] Sevilla: Consejería de Salud; 2007 [acceso el 23 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manual_atencion_inmigrantes.pdf
- (6) Fabre E, coordinador. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria [Monografía de internet]. Zaragoza: Saatchi & Saatchi Healthcare; 2010 [acceso el 23 de febrero del 2013]. Disponible en:
http://www.programamias.com/images/stories/MIAS_baja.pdf
- (7) Gentil I. Consideraciones para la práctica de cuidados a inmigrantes marroquíes. Cul Cuid. 2007; (22): 50 – 55.

- (8) Plaza del Pino F, Veiga del Pino M. Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intelectual de los profesionales de enfermería que los cuiden: El proyecto. *Cul Cuid*. 2011; (31): 93 – 98.
- (9) Moreno M. El cuidado del otro: un estudio sobre la relación enfermera-paciente inmigrado [tesis doctoral]. Barcelona: Bellaterra; 2007.
- (10) Paz M, Álvarez C. Efectividad de una intervención socio-sanitaria dirigida a disminuir las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes en Cantabria. *Serie Matronas* [Revista en internet]. 2011 [acceso el 1 de abril del 2013]. 3(3): 1-23. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/708/734>
- (11) Llaca Gil de Ramales, coordinador. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enferm* [Revista en internet]. 2006 [acceso el 23 de abril del 2013]. 15(55): 13-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000300003>.
- (12) Higginbottom T, Reime B, Bhari K. Migration and maternity: Insights from context, health policy and testing research on the experiences and results of a country three preliminary study across Germany, Canada and the United Kingdom. *Health Care Women Int* [Revista en internet]. 2013. [acceso el 3 de abril del 2013]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2013.769999#.UZFE6IVOSp>
- (13) Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman ML. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity. Canadá: *Soc Sci Med* [Revista en internet]. 2012. [acceso el 23 de abril del 2013]. 74 (10). 10-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001839>
- (14) Acevedo P, Varea C, Montero P, Bernis C. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y

- españolas. Rev. Esp. Antropol. Fís [Revista en internet]. 2009. [acceso el 30 de Marzo del 2013] (30): 23-29. Disponible en:
<http://www.seaf.net/rea/papers/REAF%2030%2003%2023-29.pdf>
- (15) García Ramos AL, Centeno Fernández I, Martín Casado A. Atención en el puerperio a mujeres inmigrantes. Encuentro nacional para el cuidado maternal e infantil [Revista en internet] 2005 [acceso el 22 de Febrero del 2013]. Disponible en:
<http://www.redcientifica.com/rimi/files/obj/6/5566/1.pdf>
- (16) Newall D , Phillimore J , H Sharpe . La migración y la maternidad en la era de superdiversity. Reino Unido: Pract partera [Revista en internet]. 2012. Jan [acceso el 22 de Marzo del 2013]. 15(1): 20- 22. Disponible en:
<http://www.rcm.org.uk/midwives/features/delivering-in-the-age-of-super-diversity/>
- (17) Del Rey MD, Gálvez A. Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio. Una enfermería transcultural. Evidentia [revista en internet]. Granada. 2004 sept – dic [acceso el 22 de Marzo del 2013]; 1(3). Disponible en:
<http://www.index-f.com/evidentia/n3/77articulo.php>
- (18) Domínguez C. Inmigración y fecundidad en España. Cuadernos de geografía [Monografía en internet]. 2004 [acceso el 24 de Marzo del 2013] (76): 100-109. Disponible en:
http://www.uv.es/cuadernosgeo/CG76_239_250.pdf
- (19) Anton B. La población extranjera de Ferrol se duplicó en los últimos años. La voz de Galicia. Martes 17 de enero del 2012.
- (20) De la Cuesta C. Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. Metas Enferm. 2006; 9(5): 50 – 55.
- (21) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1ª ed. Barcelona: Paidós: 1987.
- (22) Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 1996.

- (23) Aravena M, Kimelman E, Micheli B, Rodrigo T, Zuñiga J. Investigación educativa I. 2º ed. Santiago de Chile: Universidad Arcis; 2006. p.140-152
- (24) Urmeneta, Ana; Méndez, Marisa; Martínez, Belén; Madariaga, Nerea. Maternidad e inmigración. La importancia del género y la etnia en política sanitaria. Universidad Popular de Navarra. [Revista en Internet] 2006 Junio [acceso el 4 de febrero del 2013]. Disponible en:
www.unavarra.es/migraciones/papers3/UrmenetaCOM10definitiva.doc
- (25) Barbolla C, Benavente N, López T. Investigación etnográfica. Método de Investigación Educativa en Ed. Especial. 3ª ed. Barcelona: Especial; 2010. p. 87-90
- (26) Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5ªed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012. p. 40-41.
- (27) Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de Diciembre de 1999).
- (28) Romero B. María Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. Index Enferm [Revista en la Internet]. 2009 Jun [acceso el 23 de abril del 2013]; 18(2): 100-105. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200007&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200007>.
- (29) Gálvez Toro A, Amenuzcua M, Hueso Montoro. El autor evaluado: impacto de las publicaciones periódicas. Evidentia [Revista en internet] 2006 mar-abr [acceso el 01 de mayo del 2013]; 3(8). Disponible en:
<http://www.index-f.com/evidentia/n8/217articulo.php> [ISSN: 1697-638X].

12. ANEXOS

12.1 Anexo 1

Listado de Abreviaturas.





- **A.N.A.M.A:** Asociación Navarra de Matronas.
- **C.E.C.O.V.A:** Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- **C.E.I.C:** Comité ético de Investigación Clínica.
- **C.S:** Centro de Salud.
- **F.A.M.E:** Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- **F.I:** Factor de Impacto.
- **J.C.R:** ISI Journal Citations Rank.
- **M.I.A.S:** Estudio Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria.
- **O.M.S:** Organización Mundial de la Salud.
- **S.C.I.P:** Souce Normalized Impact per Paper.
- **S.J.R:** SCImago Journal Rank.
- **R.I.C:** Repercusión Inmediata Cuiden.

12.2 Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias.

Yo, con nombre..... y apellidos.....:

-  Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude hablar con el investigador..... y hacer todas las preguntas acerca del estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
-  Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
-  Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
-  Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y a la futura utilización de los datos y/o muestras detalladas en la hoja de información al participante

- ☐ NO accedo a que mis datos y/o muestras sean conservados una vez terminado el presente estudio.
- ☐ Accedo a que mis datos y/o muestras se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, mismo para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
- ☐ SI accedo a que los datos y/o muestras se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas:

- ☐ DESEO conocer los resultados de mis pruebas.
- ☐ NO DESEO conocer los resultados de mis pruebas.

El/la participante

(Firma del participante)

El/la investigador/a

(Firma del investigador)

Asdo.:

Fecha:

Asdo.:

Fecha:





Versión:

Fecha:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

A saúde da muller inmigrante durante o embarazo. Experiencias, sensacións e diferenzas.

Eu, con nome..... e apelidos.....:

-  Lin a folia de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden falar coinvestigador..... e facer todas as preguntas acerca do estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.
-  Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.
-  Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folia de información ao participante.
-  Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e á futura utilización dos datos e/ou mostras detalladas na folia de información ao participante

- ☐ Non accedo a que os meus datos e/ou mostras sexan conservados unha vez rematado o presente estudo.
- ☐ Accedo a que os meus datos e/ou mostras se conserven unha vez rematado o estudo, sempre e cando sexa imposible, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún medio.
- ☐ SE accedo a que os datos e/ou mostras se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

En canto aos resultados das probas realizadas

- ☐ DESEXO coñecer os resultados das miñas probas.
- ☐ NON DESEXO coñecer os resultados das miñas probas.

O/a participante

El/a investigador/a

(Firma do participante)

(Firma do investigador)

Asdo.:

Asdo.:

Data:

Data:

Versión:

Data:

12.3 Anexo 3

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias.

INVESTIGADOR: Silvia Tenreiro Rodríguez

Este documento tiene por objeto ofrecer información sobre un estudio de investigación en el que se invitó a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si usted decide participar en ella, deben recibir información personalizada del investigador, antes de leer este documento y hacer todas las preguntas que usted necesita para comprender los detalles de la misma. Si lo desea, puede tomar el documento, consultar con otros, y tomar el tiempo para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted. puede decidir no participar, o si usted está de acuerdo para hacerlo, cambiar de opinión retirar su consentimiento en cualquier momento y sin obligación de dar explicaciones. Asegúrese de que esta decisión no afectará a la relación con su médico o al médico para que Vd. titulado.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer las experiencias que viven mujeres embarazadas inmigrantes tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en su seguimiento del embarazo. Se busca conocer problemas que pueden ocasionar la interacción de diferentes culturas

durante el periodo del embarazo, así como una mala comunicación entre el personal sanitario y el paciente.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de los invitados a participar depende de algunos de los criterios que se describen en el protocolo de investigación. Estos criterios se utilizan para seleccionar a las personas que responden a la pregunta de investigación. A Vd. Se le invita a participar ya que cumple con estos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

La participación en este estudio consiste en una entrevista individual en profundidad. La primera se basa en una serie de preguntas de respuesta abierta para profundizar en los aspectos tratados en el estudio.

Se intentará realizar cuatro entrevistas para obtener nuevos datos considerados importantes para el estudio o para matizar en algunos aspectos que ya hayan sido tratados anteriormente.

Toda persona que decida participar en la investigación simplemente deberá contestar a las preguntas de la investigación con la mayor sinceridad posible.

Su participación tendrá una duración total estimada de 30 a 60 min mínimo, durante todas las entrevistas.

La participante podrá suspender su participación en cualquier momento del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Los inconvenientes que pueda presentar el estudio consisten en:

- La sensación de incomodidad antes preguntas que trates aspectos demasiado profundos y que, no deseen comentar.
- Por ello, el participante puede abandonar libremente la investigación cuando quiera, sin tener que dar ningún motivo de justificación.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera obtener un beneficio directo por participar en el estudio. La investigación tiene como objetivo encontrar aspectos desconocidas o poco claras acerca del seguimiento de su embarazo. En el futuro, es posible que estos hallazgos sean útiles para mejorar la atención sanitaria a pacientes inmigrantes.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio se presentarán a las publicaciones científicas para su difusión, pero se respetará el anonimato de las participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos se realizará de conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales. En todo momento, usted. proporciona acceso a sus datos, podrá rectificarlos o cancelarlos.

¿Qué ocurrirá con las muestras obtenidas?

Las muestras obtenidas serán en audio o escritas y guardando la confidencialidad. El responsable de la custodia de dichas muestras será la investigadora que las haya obtenido, que las almacenará el tiempo necesario para completar el estudio. Finalmente se destruirán, una vez que hayan sido transcritos y analizados todos los datos.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No procede en este tipo de estudio. El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio y Vd. no será retribuido por participar.

Muchas gracias por su colaboración

FOLLA DE INFORMACIÓN AO PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

A saúde da muller inmigrante durante o embarazo. Experiencias, sensacións e diferenzas.

INVESTIGADOR: Silvia Tenreiro Rodríguez.

Este documento ten por obxecto ofrecer información sobre un estudo de investigación no que se invitou a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. Se vostede decide participar nela, deben recibir información personalizada do investigador, antes de ler este documento e facer todas as preguntas que vostede necesita para comprender os detalles desta. Se o desexa, pode tomar o documento, consultar con outros, e tomar o tempo para decidir se participar ou non. A participación neste estudo é completamente voluntaria. Vostede. pode decidir non participar, ou se vostede está de acordo para facelo, cambiar de opinión retirar o seu consentimento en calquera momento e sen obriga de dar explicacións. Asegúrese de que esta decisión non afectará á relación co seu médico ou ao médico para que vostede titulado.

Cal é o propósito do estudo?

O propósito deste estudo é coñecer as experiencias que viven mulleres embarazadas inmigrantes tanto no acceso aos servizos sanitarios como no seu seguimento do embarazo. Búscase coñecer problemas que poden ocasionar a interacción de diferentes culturas durante o período do embarazo, así como unha mala comunicación entre o persoal sanitario e o paciente.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección dos convidados a participar depende dalgúns dos criterios que se describen no protocolo de investigación. Estes criterios utilízanse para seleccionar as persoas que responden á pregunta de investigación. A vostede Invítaselle a participar xa que cumpre con estes criterios.

En que consiste a miña participación?

A participación neste estudo consiste nunha entrevista individual en profundidade. A primeira baséase nunha serie de preguntas de resposta aberta para afondar nos aspectos tratados no estudo. Intentarase realizar catro entrevistas para obter novos datos considerados importantes para o estudo ou para matizar nalgúns aspectos que xa fosen tratados anteriormente.

Toda persoa que decida participar na investigación simplemente deberá contestar ás preguntas da investigación coa maior sinceridade posible. A súa participación terá unha duración total estimada de 30 a 60 min mínimo, durante todas as entrevistas.

A participante poderá suspender a súa participación en cuañquermomento do estudo.

Que riscos ou inconvenientes ten?

- Os inconvenientes que poida presentar o estudo consisten en:
 - A sensación de incomodidade antes preguntas que trates aspectos demasiado profundos e que, non desexen comentar.
 - Por iso, o participante pode abandonar libremente a investigación cando queira, sen ter que dar ningún motivo de xustificación.

Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera obter un beneficio directo por participar no estudo. A investigación ten como obxectivo encontrar aspectos descoñecidas ou pouco claras acerca do seguimento do seu embarazo. No futuro, é posible que estes achados sexan útiles para mellorar a atención sanitaria a pacientes inmigrantes.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se vostede o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo presentaranse ás publicacións científicas para a súa difusión, pero respectarase o anonimato das participantes.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, a comunicación e a cesión de datos realizarase de conformidade co disposto na Lei 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos persoais. En todo momento, vostede proporciona acceso aos seus datos, poderá rectificalos ou cancelalos.

Que acontecerá coas mostras obtidas?

As mostras obtidas serán en audio ou escritas e gardando a confidencialidade. O responsable da custodia das devanditas mostras será a investigadora que as obtivese, que as almacenará o tempo necesario para completar o estudo. Finalmente destruíranse, unha vez

que sexan transcritos e analizados todos os datos.

Existen intereses económicos neste estudo?

Non procede neste tipo de estudo. O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo e vostede non será retribuído por participar.

Moitas grazas pola súa colaboración

